Feminismus, Gender und Brustkrebs in den USA und Polen: Vergleichende Gedanken zur Situation bei uns

bcaction.de/feminismus-und-brustkrebs

11. August 2014

(Last Updated On: 26. Februar 2017)

Die feministische Auseinandersetzung mit Brustkrebs ist nach unzähligen öffentlich getauschten Erfahrungsberichten, Fotos, einschließlich der Bücher und Initiativen, die mit dem Thema arbeiten, heute komplizierter. Fehlt der feministische Ansatz, so ist dies im Zusammenhang mit Brustkrebs von Nachteil für Frauen, sagen zwei feministische Wissenschaftlerinnen, die gemeinsam in der Medizinsoziologie unterwegs sind. Dr. Gayle Sulik MA, PhD (Medizinsoziologin) und Dr. Edyta Zierkiewicz (Pädagogin) haben im ersten Heft des Journal of Gender and Power, einer neuen Open Access Zeitschrift, die von der Fakultät für Bildungsstudien der Adam Mickiewicz-Universität in Polen herausgegeben wird, einen Artikel zu Feminismus, Macht, Gender und Brustkrebs (bzw. Interessenvertretung und Brustkrebs) veröffentlicht. In ihrer Analyse wird die Lage von Frauen in den USA verglichen mit der Situation in Polen, angefangen beim geschichtlichen Kontext über Ähnlichkeiten und Unterschiede, um schließlich auf diesem Weg Machtkonstellationen in sozialen Bewegungen zu Frauen- bzw. Frauengesundheitsfragen sowie ihre Auswirkungen auf kulturelle Muster unter die Lupe zu nehmen. Das ist für einen Vergleich mit unserer hiesigen Situation sehr spannend.

Frauen und Gestaltungsmacht

Dominierend in Öffentlichkeitsarbeit und Information zu Brustkrebs in den USA ist danach weiterhin die größte der zuständigen Fachgesellschaften, die Amerikanische Krebsgesellschaft (ACS), die bestimmend auf das Verhalten von Frauen im medizinischen Umfeld einwirke. Gayle Sulik hat dies bereits in ihrem Buch Pink Ribbon Blues ausführlich beschrieben. Reach to Recovery („Griff nach Genesung“) habe eine wichtige Rolle gespielt. Es handelt sich dabei um ein bereits 1969 etabliertes Programm – wir sprechen bei uns eher von Selbsthilfe – zur Begleitung von Frauen mit Brustkrebs, bei dem erstmals Freiwillige ehrenamtlich die Aufgabe übernahmen, andere Frauen zu unterstützen. Zu den Spielregeln solcher Programme gehörte kategorisch, die Autorität medizinischer Experten nicht anzugreifen. Entsprechende Anweisungen haben auch bei uns alle möglichen Organisationen formuliert und an Frauen weiter vermittelt. Den Freiwilligen (in den USA) sei es verboten gewesen, medizinische Fragen auch nur zu diskutieren, um Widerspruch gegenüber den Ärzten zu vermeiden. Sharon Batt beschrieb dies auch für Kanada 1994 in ihrem Buch Patient No More.

Gleichlautende Anweisungen gab es bis in die jüngere Zeit hinein in leicht verschlüsselter Form auch in Deutschland. *„Schuster bleib bei deinen Leisten“* hieß es etwa im Extrablatt der Frauenselbsthilfe nach Krebs aus dem Jahr 2007. Der damalige Leiter des Krebsinformationsdienstes KID fand, dass dies „eventuell noch deutlicher ausgesprochen werden“ könne. Mit anderen Worten: Frauen dürften sich danach zu Krebstherapien, die sie durchlaufen sollen, immer noch nicht sachbezogen äußern.

In Polen gibt es derartige Empfehlungen ebenfalls, während die Ressourcen, z.B. für die Organisation von Treffen Betroffener, in den letzten Dekaden allein bei Professionellen im Gesundheitswesen lagen und der Schwerpunkt im Engagement betroffener Frauen sich mehr oder weniger auf Bewegung (Sport) in der Nachsorge beschränke. Diese Situation war für Länder des ehemaligen „Ostblocks“ mit bedingt durch den „Eisernen Vorhang“, wo, anders als in den USA, seit den 1960er Jahren mit Frauen- und Brustkrebsbewegung zugleich eine politische Bewegung in Gang kam, oder in Deutschland, wo die zweite Welle der Frauenbewegung ihren Lauf nahm. Nach diesen Spuren suchen wir hier. Es ist diese zweite Welle der Frauenbewegung gewesen, die Frauenrechte in der Medizin in vielen Bereichen bis heute gestärkt hat, wenn sie auch vor Rückschlägen nicht für alle Zeiten geschützt ist.

Machtvoll verstand es in Polen eine Patientin, Krystyna Mika, Strukturen des Erlaubten zu gestalten. Aktiv über eine Dekade hinweg wollte sie engere Beziehungen und emotionale Unterstützung durch Gruppen wegen der Gefahr des Kontakts zu Frauen, die Krankheitsrückfälle erlitten, lieber vermeiden. Strukturell setzte sie auf enge Zusammenarbeit mit Professionellen im Versorgungssystem und auf speziell „trainierte Freiwillige“, um zugleich die lange unterbundene Bildung von freien Gruppen, die selbst organisiert und unabhängig zusammenkamen, als „Hexenzirkel“ einzuordnen (S. 114).

Sulik und Zierkiewicz stellen die Art der Freiwilligenarbeit, in der Frauen zu einer kostenlosen Ressource werden, die unterstützende Aufgaben für das professionelle System „kostenlos“ übernehmen, grundsätzlicher infrage. Vergleichend zur Lage in Deutschland in diesem Zusammenhang interessant ist: „Freiwilligendienste für alle“ von Dr. Gisela Notz. Für Polen kam außerdem zum Tragen, dass mit dem Fall des Kommunismus 1989, mit Einführung eines kapitalistischen/neoliberalen Systems, Frauenrechte aus feministischer Perspektive keinen Platz auf der politischen Tagesordnung mehr einnahmen (S. 115). Zeitgleich entfernte sich die Entwicklung in den USA zumindest in weiten Teilen von den feministischen Wurzeln und es kam zu der heute weltweit sichtbaren, rosarot verpackten „Feminisierung“ der Krankheit Brustkrebs.

Die Rolle der Selbsthilfe

Die Rolle der Selbsthilfe bestand / besteht also auch darin, dass Patientinnen, d.h. selbst geschwächte und kranke Frauen, ihre Hilfsbereitschaft (Femininität) zum Einsatz bringen und anderen Patientinnen helfen, brachiale medizinische Maßnahmen möglichst klaglos über sich ergehen zu lassen, während unbequeme Fragen unter dem Teppich landen und Kosten, die etwa psychologische Begleitung mit sich bringt, eingespart werden können – ein Arrangement, das Sulik und Zierkiewicz für das medizinische System als vorteilhaft beschreiben. Patientinnen finden sich leichter in ihr Schicksal ein, wenn sie mit anderen Frauen sprechen können, die das alles schon hinter sich haben. Internetforen spielen in diesem Zusammenhang heute ebenfalls eine Rolle.

Audre Lorde beschrieb eine solche Situation über ihre Begegnung mit den Aktivistinnen von „Reach to Recovery“(Griff nach Genesung) in ihrem Krebstagebuch „Auf Leben und Tod“, erlebt am Krankenbett, doch konnte sie *„Reach to Recovery“* nichts abgewinnen, auch wenn sie grundsätzlich Verständnis und Respekt für ihre Leidensgenossinnen aufbrachte (Lorde, S. 46ff).

Die Rolle in der Selbsthilfe ist fest verankert, wie bei uns in Deutschland diejenige der „Frauenselbsthilfe nach Krebs“. Feministische Strömungen waren und sind, von der konstanten Arbeit der feministischen Frauengesundheitszentren (FGZ, FMGZ) abgesehen, hier oftmals nur schwach. Einzelne FGZ, z.B. Frankfurt am Main und Potsdam, musste jedoch wegen Mittelkürzungen bereits schließen. In der Selbsthilfe in Deutschland gab und gibt es sie nur vereinzelt, z.B. Aktivitäten silikongeschädigter Frauen (die nicht mehr aktiv sind) oder in der jüngeren unabhängigen Selbsthilfe (Treffpunkt Krebs, Tübingen) sowie bei Frauen, die vom Essener Brustkrebsskandal betroffen waren (ebenfalls nicht mehr aktiv). Dr. Silke Kirschnings Buch „Brustkrebs – Der Diagnoseprozess und die laute Sprachlosigkeit der Medizin“ (2001), in dem Patientinnen und Ärztinnen / Ärzte interviewt wurden, passt vielleicht noch am ehesten in diese feministische Strömung mit hinein. Andere Projekte befinden sich möglicherweise in Arbeit, sind jedoch öffentlich nicht zugänglich und für Frauen somit nicht nachvollziehbar.

Rosa Bewusstsein, Medien, Geld

Die Organisation von Bewusstseinskampagnen in Kooperation mit Massenmedien und Politik, Kosmetik, Mode- und Schönheitsindustrie unterstreicht die unpolitische, nicht feministische Einstellung ebenso wie die Unterordnung unter das biomedizinische Konzept. Im Detail heißt dies: Frauenläufe – in Deutschland vorwiegend organisiert durch Komen oder den Kosmetikkonzern AVON (mit sog. „Bambini-Läufen“ werden bereits Mädchen mit eingebunden), Trommeln für die Teilnahme am kontroversen Mammographie-Screening anstelle kritischer Abwägung, Werbung für nicht evidenzbasierte Selbstuntersuchungen, Abbildungen von Narben und Operationsfolgen zur Ermutigung, Erzählungen über Krankheitserfahrungen, die es den Leserinnen erlauben, Krebserfahrung persönlich nachzuvollziehen (S. 127). Es fehle dagegen die breitere feministische/bioethische Debatte. Patientinnen werden zu Werbeträgerinnen, in Polen, in den USA, auch in Deutschland, beabsichtigt und unbeabsichtigt. Einzelne Konstellationen werden von Sulik und Zierkiewicz nachfolgend herausgearbeitet und belegen so, dass Brustkrebs in beiden Ländern vollständig institutionalisiert ist.

Neben den gewachsenen feministischen Frauengesundheitsorganisationen ist auch in Deutschland ein neuer Typ Freiwilligenorganisation entstanden, der überwiegend bestimmt wird durch das Sammeln von Geld, Konzernsponsoring und Kampagnen, die „Hand in Hand“ in Kooperation mit Industriepartnern und Leistungsanbietern durchgeführt werden. Die mediale Präsenz und Sichtbarkeit von Brustkrebs nahm in den USA und in Polen (und weltweit, so auch in Deutschland) seit den 1990er Jahren beständig zu. Einzelne Organisationen wurden zu den reichsten und unübersehbaren, institutionalisierten Interessenvertretungsgruppen des professionellen Krebssystems (hier kann man z.B. an Komen denken, eine Organisation, die in Deutschland mit ihren aufwändigen Brustkrebsläufen und Charity-Veranstaltungen in verschiedenen Städten kein Schattendasein führt, aber auch die Frauenselbsthilfe nach Krebs und einzelne Selbsthilfeorganisationen sind in Deutschland eng vernetzt mit dem professionellen medizinischen System). Rein kommerziell ausgerichtete Kampagnen ergänzen das Spektrum und nutzten Brustkrebs als Aufmerksamkeitsfaktor für Zwecke allgemeiner Absatzförderung, missbräuchlich sogar im Namen betroffener Frauen.

Die beiden Autorinnen beschreiben, dass eben diese „professionalisierten“ Gruppen feministische Perspektiven breit übertönen, während eine „Kultur der rosa Schleife“, konfektioniert für den Massenkonsum, Publicity, Geld (Spenden, Sponsoring) und Einflussnahme von Konzernen und Politik dafür sorge, dass sich Brustkrebs zum populärsten „guten Zweck“ innerhalb der amerikanischen Kultur mausern konnte. Die weitere Verbreitung dieser „Kultur“ beobachten wir bei uns in Deutschland. Aktivitäten dieser Art blieben hierzulande allerdings vergleichsweise kleinere

Ausläufer (Brustkrebsläufe und Rosa Schleife-Kampagnen), gegen die sich 2011 ein breiteres Bündnis von Frauenorganisationen gemeinsam mit der Erklärung Brustkrebs ist keine Geschäftsidee: Frauengesundheitsorganisationen fordern Stopp des Missbrauchs wandte.

In Massenmedien wird die Berichterstattung zu Brustkrebs bei uns häufig durch Prominente wie Anastacia, Angelina Jolie, Sylvie Meis, Kylie Minogue etc. dominiert, feministische Sichtweisen sind jedenfalls praktisch unsichtbar. Sulik und Zierkiewicz kritisieren, dass es zu realen – negierten und damit als nicht existent betrachteten – Krankheitserfahrungen und Leid keinen bzw. kaum Bezug gibt, während der abstraktere „Kampf gegen Brustkrebs“, ob nun durch Institutionen oder einzelne Überlebende, Ehrung erfährt. Brustkrebs wird „besiegt“. Massenmedien haben die Funktion übernommen, die heute machbaren medizinischen Leistungsangebote in die Köpfe von Frauen zu transportieren, sie bestimmen das Bewusstsein.

Eine Fehlerkultur, die sich mit problematischen Entwicklungen auseinandersetzt, ist abgesehen von der Screening-kritischen Kampagne jüngster Zeit (2014) in Deutschland zumindest öffentlich mehr oder weniger Fehlanzeige, obwohl sich Themen wie Übertherapie, Umgang mit DCIS, Auswirkungen plastischer Operationen bei nur wenigen SpezialistInnen, die Brust wiederherstellende Verfahren gut beherrschen, mangelnde Evidenzbasierung, Mondpreise für neue Medikamente oder auch nur eine Übersicht über die für die Diagnostik und Therapie von Brustkrebs aufgewandten Mittel, Behandlungsfehler, fehlender Informed Consent (informierte Entscheidung) bei betroffenen Frauen für eine Problematisierung durchaus anbieten würden. Das „ultrafeminine“ und „infantilisierende Pink“ (S. 117) spielt auch bei uns noch eine Hauptrolle. So ist das nationale Mammographie-Screening-Programm bisher schrill pink verpackt und wird munter kombiniert mit Werbung anstelle von evidenzbasierter Information.

Hoffnungsschimmer vermitteln bei uns neue Bewegungsformen wie AnyBody Deutschland mit Ansätzen, die auf Susy Orbach aufbauen und Schönheitswahn jeglicher Couleur anprangern, oder Pinkstinks Germany, ein Projekt, das sich einer Pinkifizierung grundsätzlich entgegen stellt, auch wenn in beiden Initiativen der Umgang mit Brustkrebs explizit noch nicht Thema war. Eine medikamentenkritische neuere Gruppe gibt es seit 2011 auch mit Risiko Pille (Selbsthilfegruppe Drospirenon Geschädigter). Mit femica gab es im deutschsprachigen Raum eine weitere kritische Gruppe, die sich mit den Folgen der Entfernung von Gebärmutter und Eierstöcken auseinandersetzt und Hilfe vor einer Entscheidung hierzu anbietet.

Bewegung / Feminismus umfunktioniert

Sulik und Zierkiewicz gehen in ihrem Artikel im Grundsatz der Frage nach, wie es dazu kommen konnte, dass eine frauenpolitische, feministische Bewegung – die Brustkrebsbewegung als Teil der Frauenbewegung – von ihrem Ansatz her umfunktioniert werden konnte, so dass sie sich heute nahtlos an die beschriebene konsumorientierte Ästhetik anpasst. Ihre Symbole, z.B. die anfänglich pfirsichfarbene Schleife, wurden zu Markenzeichen der Absatzförderung. Der Blick auf den Hintergrund, den die Beiden aufarbeiten, ist interessant. Die Umfunktionierung wird demnach im existierenden Gendersystem mit seinen Symbolen, Botschaften und seiner Geschichte verortet. Rosa passe sich den Vorstellungen von Unschuld, Moral, Fürsorge, emotionaler Sensibilität, Selbstlosigkeit und der weiblichen Hälfte von Heterosexualität an. Die „rosa Brustkrebsschleife“ aktiviere vorhandene normative Gendererwartungen, während zugleich ein Ort für die Fortsetzung des Zelebrierens der weiblichen Brust als prinzipiellem Symbol von Weiblichkeit, Mutterschaft und weiblicher Sexualität mitschwinge (S. 117). Wenn die Idealvorstellung und Integrität des weiblichen Körpers in Gefahr sei, werde Wiederherstellung zentral, zumindest bei der Normalisierung des Erscheinungsbildes als „Zeichen des Sieges“ über die Krankheit, mit Perücken, Makeup, Mode, Brustprothesen und heute natürlich wiederherstellender Chirurgie als erster Wahl. Es sind Mittel,

die Audre Lorde als „kosmetische Attrappen“ outete, die für das gesellschaftlich und sozial akzeptable Erscheinungsbild erkrankter Frauen sorgen. Bekannte Botschaften, die auch bei uns in den Medien präsent sind, werden von Sulik und Zierkiewicz sowohl als Entwertung („Ich brauche meine Brust nicht mehr“) wie auch als Überbewertung („Ohne meine Brüste bin ich keine ganze Frau mehr“) beschrieben, die zudem mit der gesellschaftlichen Vorrangstellung des Körpers von jungen, gesunden Frauen im Einklang stünden. Dem gegenüber erfahre der Körper der älteren, kranken und/oder behinderten Frau Abwertung (S. 118), ganz sicherlich zumindest, wenn nicht alle Mittel für eine „Wiederherstellung“ zum Einsatz kommen können.

Konsumbasierung und Armut am Lebensende

Die Fortsetzung dieser konsumbasierten Logik sei es, die Brustkrebsindustrie und „Patientinnen-Empowerment“ vereine, während feministische Anliegen mit ihrer Forderung nach informierter Entscheidung, Evidenzbasierung und sozialer Gerechtigkeit aus dem Blickfeld gerieten. Die Situation im US-amerikanischen System der Krankenversicherung, in dem vielen der sozial schwächeren Frauen bis heute keine adäquaten Ressourcen zustehen, ist anders als bei uns. Doch auch hier zeichnen sich soziale Ungerechtigkeiten zunehmend ab, wenn beispielsweise jüngere Frauen, Frauen mit geringem Einkommen oder kleinen Renten mit aktiver oder fortschreitender Brustkrebserkrankung in den Abgrund tiefer Armut fallen, aus dem es zu ihren Lebzeiten zumindest keinen Ausweg mehr gibt. Der Zugang zu einer sozial abgesicherten Versorgung bis zum Lebensende wird dann kompliziert, wenn nicht unmöglich.

Medizinische Konsumentinnen

Das Wissen in Selbsthilfegruppen sei gewachsen, doch damit zugleich auch neue Ängste, nicht nur vor der Vielzahl der Optionen und ihren unüberschaubaren Ergebnissen, so Sulik und Zierkiewicz. In den USA habe die Transformation von PatientInnen zu KonsumentInnen einerseits Vertrauen in das medizinische System erschüttert. Andererseits sei es eben dieses Konsumentin-Sein, das zu gefühlten Wahlmöglichkeiten, die als optimistisch, proaktiv, rational, verantwortlich und informiert wahrgenommen würden, führt. Nach dieser Ideologie gibt es dann auch nur noch informierte, selbstbestimmte Patientinnen, die sich mit der Jagd nach Informationen auf die Jagd nach der besten Therapie machen (müssen), geschuldet dem Druck auf diese Verhaltensweisen. In Polen ist diese Situation bisher gebremster, die Hierarchie, in der die Prioritäten der Ärzte vor denen ihrer PatientInnen Vorrang haben, existiert noch, während es Forschungsergebnisse gibt, die unterstreichen, dass PatientInnen heute mehr eingebunden sein möchten in Entscheidungsprozesse und das, was ihnen im medizinischen Behandlungsprozess widerfährt. Einen Weg zurück gibt es nicht.

Männer setzen bis heute die Normen der Brustkrebsmedizin – weltweit

Die Dankbarkeit zum männlichen Chirurgen, der „Leben rettet“, im Zusammenspiel mit sozial bestimmenden Faktoren moderner Biomedizin charakterisiert lt. Sulik und Zierkiewicz die Patientin als passiv/vertrauensvoll, sogar „sehnsüchtig“ („wishful“) in der Hoffnung auf eine optimistische Zukunft, auch dann, wenn diese nicht realitätsnah oder evidenzbasiert sei. (S. 125, unter Bezugnahme auf Mazurek 2013)

In Polen haben männliche Ärzte, beginnend ab den 1980er Jahren, in ihren prestigeträchtigen Rollen des noch sozialistischen medizinischen Systems den Ton der Brustkrebsbewegung gestaltet. Der Blick auf Europa und die EU-Ebene zeigt ein Pendant in der von dem italienischen Onkologen Umberto Veronesi initiierten Europa Donna-Organisation. Eine Handvoll männlicher

Ärzte, zurückgekehrt von Praktika in amerikanischen Krankenhäusern, seien auch in Polen die ersten gewesen, die Brustkrebspatientinnen dazu bewegten, anderen Frauen, die noch vor einer Mastektomie standen, Trost zu spenden.

In Deutschland ist Senologie heute (2014), wie bereits die Fachgesellschaft mit ihrem immer noch ganz überwiegend männlichen Vorstand beispielhaft zeigt, noch fest „in männlicher Hand". Immerhin gibt es von Frauen geleitete Brustzentren und sogar Zusammenschlüsse weiblicher Ärztinnen, die Leitungsfunktionen in der Brustkrebsmedizin einnehmen.

Feminismus fehlt

Für Polen beschreiben Sulik und Zierkiewicz das Fehlen eines feministischen Diskurses zum Umgang mit Brustkrebs. Das Fehlen von Feminismus habe, trotz der Vorteile von Solidarität auf Basis traditioneller Femininität, negative Konsequenzen. Die meisten Frauen hätten kein Verständnis von Medikalisierung oder der Konstruktion ihrer Patientinnenrolle als zentralem Geschehen im sozio-medizinischen Umfeld. Das männlich dominierte Politik- und Medizinumfeld mache es schwierig, in Frauengesundheitsfragen an Boden zu gewinnen. Die abschließende Beurteilung der polnischen Situation ist aus feministischer Perspektive wenig hoffnungsvoll. Kennzeichnend für feministische Einflüsse über alle Grenzen hinweg ist das Anliegen, dass medizinische Praxis der öffentlichen Überprüfung unterliegt. Es sind Feministinnen und feministisch orientierte Frauenorganisationen, die unermüdlich Fragen zu beständig ansteigender Inzidenz, begrenzter Wirksamkeit und Nebenwirkungen verfügbarer Therapien, zur Kontroverse um das Mammographie-Screening und Eminenzbasierung statt Evidenzbasierung (Infragestellung medizinischer Autorität) in den Raum gestellt haben. In Deutschland waren dies Feministische Frauengesundheitszentren oder unabhängige Frauengesundheitsnetzwerke (z.B. AKF Jahrestagung 1999 zum Thema Brustkrebs), die in ihren Veröffentlichungen kritisch berichtet und evidenzbasierte Informationsmaterialien verfügbar gemacht haben und den Grad der Wirksamkeit des Mammographie-Screenings immer wieder kritisch hinterfragten. Sie stellten Forderungen nach Zweitmeinung und Behandlungsalternativen und nach valider, frei zugänglicher Information für Patientinnen auf, weil der Zugang zu Information eine Schlüsselrolle im Zusammenhang mit medizinischen Entscheidungen spielt. Was Sulik und Zierkiewicz für die USA beschreiben, lässt sich also auch für Deutschland zeigen.

Feminin/Maskulin – Rosa oder raus

Seitdem Gender zweigleisig Charakteristika zuordnet (Sulik und Zierkiewicz beschreiben hier z.B. stark/schwach, unabhängig/abhängig, vorwärts/rückwärts und bewältigen/unterwerfen), finden sich eben diese Charakteristika in den dominierenden gesellschaftlichen Zusammenhängen und speziell im Umgang mit Krankheit wieder. Sie arbeiten konkret heraus, welche Rolle Frauen zugedacht ist, z.B. als „Superfrau" (Sulik verwendet bereits länger den Begriff She-Ro, weibliche Heldin), die selbstbewusst die Rolle der Ehefrau, Mutter und selbstverständlich Krebs und Karriere unter einen Hut bringt, ihre Erfahrungen und gelernten Lektionen teilt. Die weibliche Heldin wird zur Aufbauhelferin der Ästhetik im „Kampf gegen den Krebs". Sie legt den Schalter um, lenkt von feministischen Anliegen auf Forderungen nach medizinischen Maßnahmen und Produkten, während Grenzen der Biomedizin, Ursachen von Krebs oder Missstände im Gesundheitswesen über lautem öffentlichen Trubel ebenso in Vergessenheit geraten, wie die Rückkehr der Krankheit und Siechtum, aller Investitionen und Ressourcen zum Trotz. Andere Überlebende werden zu Unterstützerinnen der Krebsindustrie, zu der nun mal Krankenhäuser, medizinische LeistungsanbieterInnen, Krankenkassen, Pharmakonzerne, Politik etc. etc. ganz überwiegend auch gehören, umfunktioniert. Wer in das Raster dieser rosa Form nicht passt, ist raus. (S. 121)

Text: Gudrun Kemper, Beate Schmidt
Bildnachweis: BCAG – CC 3.0

Weiterlesen

Gayle Sulik, Edyta Zierkiewz: Gender, Power, and Feminisms in Breast Cancer Advocacy: Lessons from the United States and Poland (pdf) in: Journal of Gender and Power, Vol. 1, No. 1, 2014 □□. (Die in diesem Text in runden Klammern angegebenen Seitenzahlen beziehen sich auf diesen Artikel.)□ □□□

Gayle Sulik: Pink Ribbon Blues. Oxford Univ. Pr. 2011. ISBN 978-0-19-993399-0

Edyta Zierkiewicz: Über Brustkrebs sprechen – Die drei Bedeutungsebenen der Krankheitskonstruktion. Oficyna 2010. ISBN 978-8374326377